

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

François MARIANI

Né le 12 Septembre 1911, à VENACO (Corse)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE

SON PRONOSTIC A LA MATERNITÉ

DE L'HOTEL-DIEU

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1937

ANNÉE 1937

THÈSE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

François MARIANI

Né le 12 Septembre 1911, à VENACO (Corse)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE

SON PRONOSTIC A LA MATERNITÉ

DE L'HOTEL-DIEU

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

—
1937

I. — Professeurs

MM.

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie médicale et générale
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie

Pathologie expérimentale et comparée
 Hydrologie thérapeutique et climatologie

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
 Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Clinique de la Tuberculose
 Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte
 Clinique cardiologie

Professeurs sans chaire

MM.
 ROUVIERE.
 Léon BINET.
 STROHL.
 POLONOVSKI.
 Robert DEBRE.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 ABRAMI.
 CHEVASSU.
 ROUSSY.
 CHAMPY.
 TUFENEAU.
 HARVIER.
 TANON.
 BALTHAZARD.
 LAIGNEL.
 LAVASTINE.
 FIESSINGER.
 Maur. VILLARET.
 LOEPER.
 CARNOT.
 Marcel LABBE.
 CLERC.
 LEREBOLLETT.
 NOBECOURT.
 H. CLAUDE.
 GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.
 CUNEO.
 GOSSET.
 GRÉGOIRE.
 LENORMANT.
 TERRIEN.
 MARION.
 BRINDEAU.
 COUVELAIRE.
 JEANNIN.
 MOCQUOT.
 OMBREDANNE.
 RATHERY.
 LEMAITRE.
 Pierre DUVAL.
 SERGENT.
 BEZANCON.
 MATHIEU.
 LAUBRY.
 HOVELACQUE.
 MULON.
 OLIVIER.
 VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.

AMELINE..... Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD Henri Pathologie médicale.
 BERNARD Et... Pathologie médicale.
 BESANCON (J.) Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 FEY Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FUNCK Urologie.
 BRENTANO
 GASTINEL Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 CHEVALLIER . Bactériologie.

MM.

DE GAUDART
 D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale
 DE GENNES... Pathologie médicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL.. Obstétrique
 LAROCHE Guy. Pathologie médicale
 LELONG Pathologie médicale

MM.

LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LEVY (M^{re} J) .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX .. Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT
 DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD (L.). Ophtalmologie.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY.
 BERT Physiologie.
 GUENIOT..... Obstétrique.

MM.

LARDENNOIS... Pathologie chirurgicale.
 LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-
 LEMAIRE ... Parasitologie.
 PHILIBERT ... Bactériologie.
 VAUDESCAL.... Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE. }
 AUBERTIN }
 BRULE }
 CHABROL }
 CHIRAY }
 DONZELOT }
 DUVOIR }
 LIAN }
 PASTEUR- }
 VALLERY-RADOT }
 SOZARY }

Clinique médicale.

MM.

BASSET }
 BROCC }
 CADENAT }
 GATELLIER }
 HEITZ-BOYER . }
 MOURE }
 QUENU }
 SCHWARTZ }
 VELTER }

Clinique chirurgicale

Clinique obstétricale

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé. Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 PHILIBERT, agrégé... Microbiologie.
 RUPPE Stomatologie.
 WEIL-HALLÉ Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

Faible témoignage de ma grande
affection.

A MES ONCLES ET TANTES

Hommage de reconnaissance.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

*Professeur de Clinique Obstétricale et Gynécologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur*

Qui m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.
Hommage de sincère et profonde reconnaissance.

A MON MAÎTRE :

MONSIEUR LE DOCTEUR CHIRIE

*Accoucheur des Hôpitaux de Paris
Chef de Service à la Maternité de l'Hôtel-Dieu*

En témoignage de profonde gratitude pour l'éducation obstétricale qu'il m'a donnée.

A MON MAÎTRE :

MONSIEUR LE DOCTEUR DIGONNET

Accoucheur des Hôpitaux de Paris

Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse et m'a guidé de ses conseils dans son élaboration.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX :

Stage

MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD
MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNEO
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SCHWARTZ

Externat

1^{re} Année : M. LE PROFESSEUR PAUL MATHIEU °
2^e Année : M. LE P^r LAIGNEL-LAVASTINE
3^e Année : M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MENEGAUX
M. LE DOCTEUR GRENET
4^e Année : M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ AUBERTIN
M. LE DOCTEUR CHIRIE
5^e Année : M. LE DOCTEUR ANDRÉ BLOCH

Contribution à l'étude de la délivrance artificielle

Son pronostic à la Maternité de l'Hôtel-Dieu

INTRODUCTION

Nous avons entrepris ce travail sur les conseils de notre maître M. le Docteur DIGONNET parce que nous avons pensé qu'il pouvait être intéressant de confronter les résultats donnés par la délivrance artificielle à la Maternité de l'Hôtel-Dieu avec ceux d'autres statistiques.

Quelques points de détail dans les soins apportés dans les suites de couches ont-ils pu améliorer le pronostic ? Telle est la question que nous avons cherché à résoudre.

L'application vaginale systématique de bouillie lactique, la chimiothérapie sous forme de benzyl-amino-benzène-sulfamide per os (dérivé direct et incolore de la Sulfamide), les transfusions dans les cas de perte sanguine importante semblent être des facteurs essentiels dans les améliorations possibles de ce pronostic.

Dans notre étude qui porte sur 8.296 accouchements effectués à la Maternité de l'Hôtel-Dieu depuis janvier 1932, nous n'avons considéré que les délivrances artificielles pratiquées après un accouchement

normal et les délivrances pratiquées après certaines interventions courantes telles que : forceps, version par manœuvres internes, embryotomie, incisions du col de l'utérus.

Nous avons écarté les délivrances artificielles faites après une intervention sanglante telle que la césarienne abdominale.

Nous avons également éliminé les délivrances post-abortives pour ne considérer que les accouchements à terme ou au voisinage du terme d'enfants vivants ou morts au cours du travail.

Pour aboutir à nos conclusions, nous avons adopté le plan suivant :

Dans une première partie, nous passons rapidement en revue l'histoire, les indications principales de la délivrance artificielle ainsi que sa technique.

Dans une deuxième partie, nous étudions la fréquence et les causes de cette intervention, telles qu'elles semblent résulter de nos statistiques. Pour apprécier le pronostic, nous avons étudié d'abord les cas de délivrances artificielles pratiquées après un accouchement ayant nécessité une intervention. Ce sont évidemment des cas où il est particulièrement difficile de faire la part de la délivrance artificielle dans la mortalité ou la morbidité des suites de couches.

Nous réservons ensuite un chapitre plus important à l'étude des délivrances après un accouchement normal. C'est ici en effet que les statistiques prendront

toute leur valeur puisque la délivrance artificielle est la seule manœuvre endo-utérine pratiquée; elle seule pourra être alors incriminée dans les accidents mortels ou morbides qui pourront survenir pendant les suites de couches.

PREMIERE PARTIE

HISTORIQUE

La délivrance artificielle est une opération qui consiste à introduire la main dans l'utérus, à décoller le délivre et à l'extraire en totalité. Il nous semble utile de retracer rapidement son histoire, car si ses indications semblent actuellement bien définies, il n'en fut pas toujours ainsi.

Jusqu'au XV^e siècle, l'extraction forcée de l'arrière-faix était pratiquée d'une façon systématique et il s'y ajoutait d'ailleurs les médications les plus bizarres.

Au xvi^e siècle, l'intervention systématique après l'expulsion du fœtus est encore pratiquée par Ambroise PARÉ qui conseille de « tirer subitement sur le délivre et de mettre la main dans la matrice de la femme si nécessaire pour l'extraire immédiatement ».

GUILLEMEAU, Louise BOURJEOS, MAURICEAU font également la délivrance immédiatement après l'expulsion de l'enfant.

C'est seulement vers la fin du XVII^e siècle que certains auteurs commencent à s'élever contre cette pratique. Parmi eux, il faut citer deux noms : PORTAL et PEU.

Ce dernier déclare que « la délivrance de la mère doit se faire avec patience et sans précipitation. Exiger d'elle des efforts considérables est une chose tout à fait condamnable et la somme de quantité de maux ».

Au XVIII^e siècle sous l'influence de quelques auteurs tels que RUYSCH et PUZOS, la délivrance artificielle est bientôt abandonnée. Elle entraîne en effet de tels accidents qu'on ne la pratique plus qu'avec beaucoup de craintes.

Puzos conseille « d'attendre une heure et même plus l'expulsion naturelle de l'arrière-faix, si aucun accident n'oblige à en précipiter la sortie ».

Ce n'est qu'au XIX^e siècle que les indications de la délivrance artificielle commencent à se préciser. La méthode de CREDÉ, expression du placenta par manœuvres externes connaît un moment un grand succès. Mais devant ses multiples échecs, des critiques s'élèvent de tous côtés et la méthode est bientôt abandonnée même par ses meilleurs défenseurs.

La fin du XIX^e siècle avec l'ère pastorienne et les progrès de l'asepsie permettra enfin de remettre en honneur la délivrance artificielle qui rend à l'heure actuelle de réels services.

INDICATIONS

Bien qu'encore discutées et variables suivant les auteurs, la plupart de ces derniers s'accordent cependant sur certaines indications principales que nous étudierons successivement et parmi lesquelles l'une domine : l'hémorragie.

I

L'hémorragie

L'hémorragie est une des causes les plus fréquentes de la délivrance artificielle. Les hémorragies qui commandent la délivrance artificielle sont en général des hémorragies qui surviennent avant le décollement complet du placenta, elles sont en rapport avec un décollement partiel du placenta.

Ces hémorragies peuvent être provoquées ou spontanées.

a) PROVOQUÉES elles résultent alors d'une faute de technique : on n'a pas respecté le mécanisme normal de la délivrance; on a effectué des tentatives de délivrance avant le décollement du placenta, par différentes manœuvres : soit par expression, soit par

pression appuyée, soit par tractions fortes du cordon. On a réalisé ainsi un décollement partiel du placenta qui est à l'origine de l'hémorragie.

b) DES HÉMORRAGIES SPONTANÉES qui peuvent être consécutives :

1° à un *décollement prématuré du placenta*,

2° à des *anomalies de la contraction utérine au cours du décollement placentaire*, aboutissant soit à un *décollement partiel simple*, soit à « l'enchâtonnement » d'une partie du placenta dans une corne utérine avec décollement de la portion non enchâtonnée.

3° *Quelquefois le placenta* est retenu dans sa totalité par un anneau de rétraction situé à la partie basse du corps utérin.

4° *A des adhérences vraies* du placenta.

Cette adhérence vraie au point de vue anatomique consiste dans un processus anatomo-pathologique bien défini. En certains points les villosités choriales ne sont pas en rapport avec la caduque mais avec le muscle utérin lui-même. Les fibres musculaires sont dissociées par les villosités qui pénètrent plus ou moins loin dans la paroi utérine. L'adhérence vraie est due à une hypoplasie de la caduque. Celle-ci est incapable comme dans la normale de s'opposer à l'invasion des villosités. Les accouchements nombreux, les curettages, les applications caustiques (chlorure de zinc) joueraient un rôle dans l'étiologie de l'adhérence vraie du placenta.

5° *Parfois sans raison bien appréciable* des fem-

mes saignent après leur accouchement; ces hémorragies se reproduisent après chaque accouchement.

Au point de vue clinique

L'hémorragie peut se produire immédiatement après l'expulsion du fœtus, ordinairement très abondante elle résulte d'un décollement du placenta par les contractions utérines de la période d'expulsion, ou du tiraillement par le cordon ou de l'action de médicaments ocytotiques.

L'HÉMORRAGIE EST HABITUELLEMENT un peu plus tardive survenant pendant la période de décollement. Elle peut être très abondante et nécessiter une délivrance immédiate; elle peut être d'abord modérée mais persistante; l'indication est alors formelle, mais moins urgente.

Différents aspects peuvent être réalisés.

Cette hémorragie est tantôt :

1° *Externe* réalisant soit le tableau d'une hémorragie abondante et brutale,

Soit celui d'un suintement continu plus grave par sa persistance; le sang suit le sillon interfessier et s'accumule dans la région sacrée traversant le matelas. La femme est pâle, le pouls rapide, les extrémités froides, on la soulève, elle baigne dans une mare de sang.

2° *Tantôt interne*. Les signes physiques varient suivant le siège de l'hémorragie, le sang peut être dans

l'utérus; celui-ci reste mou, remontant bien au-dessus de l'ombilic; les limites de l'utérus sont floues et l'on peut méconnaître l'augmentation de volume de cet organe.

3° *Le plus souvent l'hémorragie est mixte faite d'une hémorragie externe et d'hémorragie interne avec accumulation de caillots dans l'utérus.*

Mais quel que soit le type d'hémorragie, elle s'accompagne de signes d'anémie aiguë.

Ce sont eux qui doivent dicter la ligne de conduite; mais il ne faut pas attendre qu'ils soient graves pour intervenir. La surveillance du pouls est à ce point de vue capitale : un pouls à 90-100 est un pouls rapide chez une accouchée.

— Pâleur du visage avec décoloration des muqueuses,

— Accélération du pouls qui devient filant sont des signes d'alarme,

— Le baillement, l'état de faiblesse accusé par la femme, les troubles visuels, le refroidissement des extrémités, les tendances syncopales sont des signes d'extrême gravité.

On n'attendra jamais l'ensemble de ces signes évidents que l'on peut voir brusquement dans les hémorragies très graves et brutales. Une surveillance attentive les évite car il ne faut pas hésiter à intervenir avant que les signes ne soient devenus inquiétants.

Mode d'action de la délivrance artificielle dans les hémorragies

Le placenta complètement décollé et extrait, la vacuité utérine permet la rétraction de l'utérus, la réduction de l'aire placentaire et l'oblitération des vaisseaux par « les ligatures vivantes ».

En général un utérus vide ne saigne plus. Il ne saigne que s'il y a *absence de rétraction utérine*.

II

Non décollement du placenta

C'est la deuxième variété d'indication de la délivrance artificielle.

L'absence de décollement physiologique du placenta résulte d'une absence de contraction utérine de la délivrance. Il n'y a pas d'arrière douleurs; le placenta reste adhérent à l'utérus au niveau de l'ère placentaire, dans toute son étendue.

De ce fait il n'y a pas d'hémorragie. Alors que normalement les douleurs de la délivrance apparaissent dans la demi-heure qui suit l'expulsion du fœtus, ici elles n'apparaissent pas, et l'utérus est faiblement rétracté.

Il est classique alors en l'absence d'hémorragie de pratiquer la délivrance artificielle deux heures après l'expulsion du fœtus.

Quelles sont les causes de ce non décollement placentaire ? Le plus souvent, il est dû à l'absence de contraction, celle-ci peut être en rapport, soit :

Avec des modifications dans la longueur du travail : travail trop long ayant fatigué l'utérus à tel point que celui-ci ne peut plus fournir aucun effort; travail trop court à la suite d'un accouchement trop rapide spontané ou provoqué.

Soit en rapport avec une surdistension utérine dont les causes sont multiples : grossesse gemellaire, gros fœtus, hydramnios.

Il faut signaler également comme facteurs possibles d'inertie utérine : l'existence d'un fibrome, ou d'une maladie d'ordre général : cardiopathie, albuminurie.

Au point de vue clinique

La palpation de l'abdomen ne retrouve pas l'utérus rétracté comme normalement sous forme d'un globe dur au-dessus du pubis mais au contraire une masse molle et flasque. Le fond de la matrice peut ne pas être perçu ou bien on le trouve *très élevé* au-dessus de l'ombilic, parfois au voisinage du diaphragme. Si à l'aide d'excitations extérieures on parvient à faire naître quelques contractions, sitôt celles-ci terminées l'utérus redevient mou, difficile à limiter.

III

Après les interventions obstétricales

Il ne faut pas faire la délivrance artificielle systématique; on doit craindre en effet les hémorragies qui suivent les délivrances précoces et l'on doit autant que possible s'abstenir de pratiquer la délivrance artificielle lorsqu'il existe un état d'infection ovulaire.

On n'interviendra que si les indications précédentes sont remplies. Dans certains cas cependant la délivrance artificielle s'imposera pour vérifier l'état de la paroi utérine qui a pu être lésée au cours de l'intervention.

TECHNIQUE

Nous prendrons comme type de description une délivrance artificielle pratiquée pour non décollement du placenta en l'absence d'hémorragie, deux heures après l'expulsion du fœtus.

Nous passerons assez rapidement sur la technique; mais nous insisterons cependant sur certains points particuliers.

L'essentiel pour pratiquer la délivrance artificielle correctement est d'opérer sans affollement et de réaliser la plus stricte asepsie, car il faut avoir à l'esprit le danger possible d'infection des suites de couches.

La femme sera mise en position obstétricale; l'asepsie la plus rigoureuse sera observée comme pour une intervention chirurgicale : les mains et les avant-bras bien savonnés seront recouverts par des gants de caoutchouc stériles; on veillera à l'asepsie du champ opératoire. Les organes génitaux externes et le vagin seront soigneusement nettoyés; la vessie vidée par sondage. L'opération sera pratiquée sous anesthésie générale.

La main en cône est introduite dans l'intervalle des contractions utérines en suivant le cordon tendu par l'autre main.

Cette deuxième main vient ensuite se placer sur le fond de l'utérus de façon à maintenir l'utérus au cours des manœuvres de décollement. La main endo-utérine essaye de passer entre les parois et les membranes de l'œuf. Pour décoller le placenta on l'aborde par ses bords (on reconnaît facilement la consistance grenue du placenta). Le clivage se fait presque de lui-même; on continue le décollement jusqu'à ce qu'il soit complet, et l'on évite soigneusement de dilacérer le placenta.

Il ne faut surtout jamais tirer le placenta avant son complet décollement.

La révision utérine est aussitôt pratiquée pour contrôler si la cavité est bien vide.

On termine l'opération par une injection utérine chaude iodée, qui est à la fois antiseptique et excitante de la contraction utérine (technique discutée).

Dans les suites de couches, un sac de glace sera appliqué sur la région hypogastrique pendant les quelques premiers jours.

A la Maternité de l'Hôtel-Dieu ces soins sont complétés par la vaccinothérapie (3 injections sous-cutanées successives à 24 heures d'intervalle de 1 cmc. de vaccin anti-staphylococcique) et par l'application vaginale de bouillie lactique.

Technique dans certains cas particuliers

I. — EN PRÉSENCE D'UN ENCHATONNEMENT TOTAL DU PLACENTA.

Il existe alors un anneau de rétraction à la partie inférieure de l'utérus. Le placenta est entièrement enchatonné. Il faut forcer cet anneau de rétraction par une pression lente et continue exercée avec la main en cône en vrillant, tandis que l'autre maintient fortement le fond utérin.

II. — DANS LE CAS D'ENCHATONNEMENT PARTIEL DANS UNE CORNE UTÉRINE.

On intervient pour hémorragie habituellement. Le placenta est en grosse partie libre dans la cavité utérine. Il ne faut pas céder à la tentation de l'extraire. Une partie du placenta est en effet retenue dans une corne utérine. L'exploration démontre qu'il existe un anneau de rétraction au niveau d'une corne isolant une « arrière boutique » dans laquelle est retenue une portion du placenta.

Dans ce cas on forcera l'anneau de rétraction par des pressions lentes et continues et par des mouvements « en vrille ». On aura souvent des difficultés pour vaincre la résistance utérine et il faudra savoir patienter dix minutes, un quart d'heure même, avant de pouvoir décoller et extraire la masse placentaire.

III. — DANS LES CAS D'ADHÉRENCE VRAIE DU PLACENTA.

L'indication de la délivrance artificielle sera habituellement l'hémorragie. On peut penser à la possibilité d'une adhérence vraie si la femme a présenté des hémorragies de la délivrance ayant nécessité une délivrance artificielle aux accouchements antérieurs.

Le plus souvent l'adhérence est reconnue seulement à l'intervention. Dans une partie le clivage utéro-placentaire s'effectue simplement. Dans d'autres parties le plan de clivage n'est pas retrouvé, on ne perçoit plus la différence entre le tissu placentaire et l'utérus que l'on est obligé de sculpter ; en quelque sorte l'opérateur est pris entre la crainte de laisser des débris placentaires et celle de léser le muscle utérin.

IV. — DANS LES CAS D'HÉMORRAGIE GRAVE.

La technique est identique à celle des cas précédents.

En cas d'hémorragie grave : en principe ne pas donner d'anesthésie ou donner une anesthésie au minimum. Arrêter l'hémorragie immédiatement par compression de l'aorte. Cet arrêt temporaire exercé par un aide permet à l'opérateur de réaliser l'asepsie rigoureuse nécessaire à la délivrance artificielle.

DEUXIEME PARTIE

FREQUENCE ET ETIOLOGIE

I. — Fréquence

Notre étude porte sur 8296 accouchements. La délivrance artificielle a été pratiquée 127 fois après un accouchement normal et 81 fois après un accouchement ayant nécessité une intervention : forceps, version par manœuvres internes ou embryotomie. Cela nous donne une fréquence globale de 2,50 %.

JOB (1) dans une thèse de 1921 donne une proportion de 4 % (81 cas sur 2031 accouchements).

BUDIN (2) dans une statistique faite à la Charité, de 1883 à 1894 et portant sur 6650 accouchements obtient le chiffre de 1,22 %.

ROYER (3) dans une statistique faite à la Clinique Tarnier en 1921, a une proportion de 1,95 %.

BEN KRITLY (Baudelocque) en 1926, signale une fréquence de 1,4 % dans une statistique portant sur

(1) JOB : Fonctionnement de la clinique obstétricale Baudelocque pendant l'année 1921. *Thèse Paris*, 1923, n° 199.

(2) P. BUDIN : Femmes en couches et nouveau-nés, 1897.

(3) ROYER : De la délivrance artificielle après accouchement à terme. *Thèse de Paris*, 1921, n° 191.

31.970 accouchements. Mais il n'envisage que les délivrances artificielles après accouchement spontané.

LITINSKY (Baudelocque 1935) dans une thèse portant sur 11.653 accouchements a un pourcentage de 2,2 %. Ce dernier chiffre se rapproche sensiblement de celui que nous obtenons 2,5 %, mais lui est cependant légèrement inférieur.

II. — Etiologie

Sur les 208 délivrances artificielles que nous avons relevées :

131, soit 62,98 % furent pratiquées pour hémorragies

72, soit 34,61 % le furent pour non décollement du placenta.

Dans les 5 cas restants, on est intervenu pour vérification de la paroi utérine.

L'hémorragie demeure donc l'indication de beaucoup la plus fréquente. C'est ce qui ressort d'ailleurs des travaux antérieurement faits à ce sujet.

BROSSET (2) donne 79 % hémorragie, 15,6 % rétention totale, 4,34 % rétention partielle.

ROYER, 61,6 % hémorragie, 36,4 % rétention totale, 2 % rétention partielle.

BEN KRITLY hémorragie 72 %, rétention totale 23 %, rétention partielle 4 %.

LITINSKI, hémorragie 58 %, rétention 35 %.

(2) BROSSET : *Thèse de Paris*, 1897.

MORTALITE ET MORBIDITE

Pour apprécier le pronostic d'ensemble, nous avons étudié successivement la mortalité et la morbidité des suites de couches.

I

Délivrances artificielles après un accouchement ayant nécessité une intervention

Mortalité

Sur 81 cas nous avons noté deux décès dont nous résumons les observations.

OBSERVATION I.

(Accouchement n. 1262. Année 1934).

Madame A..., 25 ans. Primipare.

La gestation a été absolument normale.

La femme entre dans le Service le 19 septembre 1934. L'examen à ce moment montre l'existence d'une

présentation céphalique mobile. Les bruits du cœur sont nettement perçus. Au toucher vaginal, la dilatation est de 50 centimes.

La femme dit avoir perdu de l'eau le 19 à 21 heures.

On note l'existence d'un excès de liquide et d'un gros fœtus.

Le 20 à 21 h. 50, la tête ne progressant pas, on fait une application de forceps Tarnier sur un sommet en OIGA, qui, permet d'extraire un garçon vivant pesant 4,250 grammes.

La durée totale du travail a été de 26 heures.

A 22 h. 40, devant l'existence d'hémorragies assez importantes, on décide de faire la délivrance artificielle. Le placenta qui est entier, pèse 570 grammes, il ne présente aucun caractère anormal.

On injecte 500 centimètres cubes de sérum artificiel par voie sous-cutanée.

Le pouls est bien frappé, rapide à 140.

A 2 h. 40 du matin, la femme commence à s'agiter, se couvre de sueurs froides, le pouls devient petit, filant. Devant ces symptômes on administre successivement à la malade de l'adrénaline, de la caféine, de la spartéine et du solucamphre.

Il est impossible de trouver une veine pour injecter du sérum de Normet. La femme meurt dans le collapsus à 3 heures du matin.

OBSERVATION II.

(Accouchement n. 779. Année 1935).

L'observation elle-même n'a pu être retrouvée. Nous savons simplement qu'il s'agit d'une femme secondipare, dont le premier accouchement avait nécessité une césarienne pour fibrome prævia avec enfant mort au cours de l'intervention.

Le deuxième accouchement avait eu lieu le 15 mai 1935 ; on avait fait une application de forceps, en raison de la césarienne antérieure.

La délivrance artificielle est faite pour non décollement du placenta et hémorragies. En réalité cette dernière était en rapport avec d'importantes lésions génitales créées par l'application de forceps et la femme est morte dans un état de schock intense, 2 heures et demi après son accouchement.

Ainsi, à ne considérer que les faits brutaux, nous aurions une mortalité de 2,4 %.

En réalité, si nous regardons de près ces deux observations, nous voyons que la délivrance artificielle ne saurait être mise en cause.

Dans le premier cas, en effet, la délivrance est pratiquée dans le but d'arrêter l'hémorragie. Elle se révèle impuissante et la femme meurt dans le collapsus.

Dans le deuxième cas, il est prouvé que la femme a succombé dans un état de schock en rapport avec d'importantes lésions génitales occasionnées par le forceps.

Morbidité

Pour apprécier la morbidité, nous avons dû être schématiques. Pour cela nous avons considéré comme suites de couches fébriles, celles où la température avait dépassé 38° plus d'une fois et s'étaient accompagnées d'une atteinte assez marquée de l'état général.

Nous avons noté 12 cas rentrant dans ce cadre, et nous croyons utile de donner quelques observations.

OBSERVATION III.

(Accouchement n. 407. Année 1932).

Madame L..., 33 ans. Primipare. Entre dans le Service le 26 mars.

Le 27 mars à 8 h. 30 du matin, la dilatation est de 5 Fr. On rompt les membranes artificiellement. La température est alors de 37°9.

A 11 h. 20, on fait des incisions du col, antérieure et postérieure, suivies d'une application de forceps en OIGA pour début d'infection et lenteur de la période d'expulsion.

Garçon vivant pesant 3.850 grammes.

La durée totale du travail a été de 20 heures.

A 11 h. 45, la délivrance artificielle est pratiquée pour hémorragie (600 grammes de sang ont été recueillis). On fait une injection d'extrait de lobe pos-

térieur d'hypophyse et une injection d'huile camphrée.

Suites de couches :

Le 1^{er} jour, la fièvre s'élève à 38°6.

Le 3^e jour, à 39°2. Une thérapeutique anti-infectieuse est instituée sous forme d'une injection quotidienne intra-veineuse d'une solution de sulfate de cuivre à 2 %.

Localement application de bouillie lactique vaginale.

Le 5^e jour, température à 38°8.

Le 8^e jour, à 38°; à partir de cette date, la fièvre baisse quotidiennement.

Le 14^e jour, la femme sort en bon état.

OBSERVATION IV.

(Accouchement 950. Année 1932).

Madame L..., 27 ans. Primipare.

Il s'agit d'une grossesse à terme ayant évolué sans complications.

Le travail a débuté le 22 juillet à midi.

A 20 heures, rupture spontanée des membranes.

A minuit, la femme accuse des douleurs subinterrantes, on note une tendance à la contracture et l'on fait une injection sous-cutanée d'un centigramme de morphine.

A 11 heures, on pratique deux incisions du col

utérin suivies d'une application de forceps difficile, en gauche transverse.

Extraction très pénible, longue, d'un enfant mort-né pesant 3.700 grammes.

La délivrance artificielle est pratiquée pour début d'hémorragie. Le placenta est partiellement décollé, adhérent encore dans la corne gauche ; il pèse 600 grammes.

Devant l'inertie utérine et la persistance d'hémorragie on fait une injection d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse. L'hémorragie diminue.

Suites de couches :

Le 1^{er} jour, la température est à 37°.

Le 3^e jour à 39°. La thérapeutique par le sulfate de cuivre intra-veineux est instituée. Un sac de glace est placé sur la région hypogastrique et la bouillie lactique est appliquée au niveau du vagin.

Du 4^e et 10^e jour, la fièvre oscille entre 37 et 38°.

Le 11^e jour, elle est à 38°6.

La femme quitte le service le 14^e jour avec une température à 37°.

OBSERVATION V.

(Accouchement n. 664. Année 1933).

Madame Ch..., 25 ans. Primipare.

Il s'agit d'une grossesse à terme ayant été marquée d'accidents : vomissements, œdème des membres inférieurs.

La femme est admise à la salle de travail le 18 juillet à 11 heures du matin.

La poche des eaux s'est rompue au cours de la nuit précédente.

Le 19 à 10 h. et demi, comme la dilatation ne progresse pas, on pratique deux incisions antérieure et postérieure du col.

A 11 h. 30, on pose un ballon de Champetier de Ribes vaginal de 500 centimètres cubes.

A 18 heures : grande extraction du siège décomplété mode des fesses; application de forceps.

Une demi-heure après, la femme saigne abondamment, ce qui fait pratiquer la délivrance artificielle.
Suites de couches.

Le lendemain 20 juillet on note une ascension thermique à 38°.

Le 2^e jour à 38°2.

La thérapeutique habituelle est mise en œuvre : sulfate de cuivre, glace sur l'abdomen, bouillie lactique vaginale.

Pendant 3 jours encore la fièvre se maintient autour de 38°.

Le 9^e jour la femme sort sur sa demande : température 37°.

OBSERVATION VI

(Accouchement n° 1337, année 1934).

Mme T..., 28 ans. Primipare.

Gestation normale.

La femme entre dans le service le 4 octobre.

Le 5 à 15 heures, rupture spontanée des membranes.

Il s'écoule un liquide purée de pois.

A 19 heures : température à 37°9.

A 22 heures : douleurs très fréquentes et très fortes. On fait une injection sous-cutanée d'un centigramme de morphine.

Le 6 à 12 h. 15 : incisions du col utérin suivie d'une application de forceps Tarnier. Il existe deux circulaires serrés du cou; extraction d'une fille « étonnée ».

La durée totale du travail a été de 54 heures.

A 13 h. 45, devant des hémorragies importantes, l'état de *shock* de la malade, on fait une délivrance artificielle suivie de révision utérine. Le placenta est légèrement décoloré.

Thérapeutique immédiate, sérum de Normet intra-veineux 50 grammes. Injection de solucamphre et d'un cc. d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse sous-cutané. Huile camphrée éthérée et caféïne.

La tension artérielle est de 9-4 à l'appareil de Vaquez. Le pouls à 95.

A 18 heures : la femme présente de nouveau un état de *shock* avec douleurs précordiales irradiant dans le bras gauche. On fait une injection sous-cutanée d'un centigramme de morphine, 1/4 de milligramme d'ouabaine intra-veineuse, 500 centimètres cubes sous-cutanés de sérum physiologique.

A 21 heures : nouvel état de *shock*, avec un pouls à 132; on fait un 1/2 centigramme de morphine. La

révision du col utérin le montre intact ainsi que le segment inférieur.

A 22 h. 15 une transfusion sanguine de 200 grammes est pratiquée. La femme repose, le pouls est bien frappé à 100.

Suites de couches.

Le 7 octobre la température est à 38°.

Jusqu'au 11 octobre la fièvre varie entre 38 et 38°5. Sous l'influence de la bouillie lactique, de la glace et du sulfate de cuivre intra-veineux, une amélioration sensible est notée.

Au 13^e jour, la température est à 37°; la femme sort sur sa demande.

OBSERVATION VII

(Accouchement n° 821. Année 1935).

Mme V..., 25 ans. Primipare.

Entre à la Maternité le 17 mai. Pendant sa gestation elle a présenté des syncopes fréquentes.

Le 21 à 23 heures, la femme est admise à la salle de travail.

Le 22 à 6 heures, rupture spontanée de la poche des eaux, avec écoulement d'un liquide teinté.

A 18 h. 45, la température est à 38°2, écoulement d'un liquide purée de pois. Auscultation négative.

A 21 h. 10, application de forceps pour non progression de la tête fœtale. Enfant mort.

La délivrance artificielle est pratiquée pour hémor-

ragie. La révision utérine ne ramène que des caillots sanguins.

A 23 h. 30, la femme accuse des vertiges, elle pâlit, le pouls devient petit, battant à 150.

Thérapeutique : injection sous-cutanée de solucamphre de spartéine, de caféine, de 250 grammes de sérum de Normet intra-veineux.

A 1 heure du matin. Le pouls est à 140. L'utérus est bon; la malade ne saigne plus.

Suites de couches.

Le 23 mai, la température monte à 38°. On pratique une injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum physiologique et une transfusion sanguine de 150 grammes. La femme présente un état de *schock* après cette transfusion.

Le 24 mai, température à 38° le matin, à 40° le soir. La femme est passée à l'isolement.

Le 25, température 39.2 le matin, 39.8 le soir; une hémoculture pratiquée demeure négative. L'abdomen est légèrement ballonné. La bouillie lactique et le sulfate de cuivre intra-veineux sont prescrits.

Le 26 mai, la température est à 39°. l'utérus se révèle sensible à la palpation.

Le 27, l'abdomen est normal, la malade présente des troubles psychiques à type confusionnel.

Le 28, température 37°5-38°, les troubles psychiques sont en régression.

Le 29, température à 37,2, avec bon état général.

La femme sort le 6 juin, guérie.

OBSERVATION VIII

(Accouchement n° 920, année 1935)

Mme R..., 23 ans. Primipare.

Entre dans le service le 9 juin.

Le 10 à 19 heures, la poche des eaux est encore intacte, mais il s'écoule un liquide teinté.

A 22 h. 30, la rupture artificielle des membranes est suivie de l'écoulement d'un liquide très teinté.

A 23 h. 15 une application de forceps en GA permet d'extraire une fille pesant 3.950 grammes.

La durée totale du travail a été de 38 h. 15.

Une hémorragie abondante nécessite la délivrance artificielle immédiate.

La révision utérine ne ramène que des caillots sanguins. L'utérus se contractant mal, devant la persistance de l'hémorragie, on fait une injection sous-cutanée de tartrate d'ergotamine cristallisée (1 cmc.); l'hémorragie cesse peu après.

La vérification du col utérin le montre intact; par contre, il existe une plaie du cul-de-sac vaginal postérieur.

La bouillie lactique vaginale est appliquée aussitôt. Une injection intra-veineuse de 250 grammes de sérum de Normet et de 500 grammes sous-cutanés de sérum physiologique permettent d'améliorer l'état général.

Le pouls est à 120.

A 1 heure du matin, l'abdomen est souple, l'utérus

bien rétracté, de bonne consistance. Le pouls bat à 108.

A 9 heures du matin, la température est à 38°8, le pouls à 120, l'état général est bon, l'abdomen souple, une transfusion sanguine de 500 grammes est pratiquée, ainsi qu'une injection de sulfate de cuivre à 2 % intra-veineuse.

Le soir la température monte à 39,4.

Le 12, l'état de la femme est bon, la température à 37,4. Pendant 4 jours la fièvre se maintient autour de 38°, 38°5. Puis elle baisse progressivement.

Le 25, la femme sort guérie, avec une température à 37°2.

Si nous cherchons à préciser les causes de ces accidents infectieux, nous voyons qu'en aucun cas, il n'y eut de localisation précise. Une seule fois (Obs. VII) devant l'importance des signes généraux, des oscillations thermiques, on eut recours à des examens spéciaux tels que l'hémoculture qui resta d'ailleurs négative, et la malade sortit au 14^e jour, entièrement guérie, avec une température normale.

En définitive, nous avons donc noté 12 cas de morbidité sur 81 délivrances artificielles, le pourcentage est donc de 14,8 %.

VANDIER à la Clinique Tarnier en 1926, obtient le chiffre de 11,1 %.

LITINSKI à la Clinique Baudelocque en 1935, a un pourcentage plus élevé : 18 %.

II

Délivrances artificielles pratiquées après un accouchement normal

Mortalité

Sur 127 délivrances nous avons relevé deux décès dont nous résumons les observations.

OBSERVATION IX

(Accouchement 756. Année 1932).

Mme L..., 23 ans. Deuxième pare.

Première grossesse normale en 1930.

Dans ses antécédents pathologiques, on note une pleurésie séro-fibrineuse en 1931.

La gestation actuelle a été normale.

La femme entre dans le service le 8 juin 1932 : elle est admise à la salle de travail à 3 heures du matin.

A 8 h. 15. Expulsion naturelle d'une fille vivante pesant 2.200 grammes.

Une heure après le placenta n'est pas encore décollé et la femme saignant assez abondamment, on

décide de faire la délivrance artificielle. Celle-ci est suivie d'une injection sous-cutanée de tartrate d'ergotamine cristallisé.

Suites de couches.

Pendant 9 jours la température se maintient entre 37 et 38°.

Le 9^e jour, c'est-à-dire le 16 juin, pointe un clocher thermique à 39°8.

Le 18 juin, la température est à 40,5, le sulfate de cuivre intra-veineux, la bouillie vaginale sont prescrits.

Le 20, la femme a 37,4 le matin et 40,5 le soir; on fait une hémoculture qui reste négative ainsi qu'un abcès de fixation.

Le 22, température à 38,4 le matin, 40,8 le soir.

Jusqu'au 27, la fièvre oscille entre 37 et 40,5,

Du 27 juin au 1^{er} juillet elle se maintient en plateau à 39°; le pouls est en rapport avec la température.

Le 2 juillet, la malade présente des frissons avec une fièvre à 41°.

Le 4 et le 6 nouveaux clochers thermiques à 40°5.

Le 8 juillet, la femme est passée dans le service de M. le Professeur CARNOT. L'évolution des accidents se poursuit jusqu'au 20 juillet, la fièvre oscille entre 37 et 40°.

Le 11, un examen de sang montre une forte anémie.

1.080.000 G. R.

5.920.000 G. B.

L'examen des urines révèle l'existence de leuco-

cytes; la culture, la présence de bacilles courts ne gardant pas le Gram.

Du 20 au 30 juillet, la malade rentre chez elle.

Le 30, elle revient dans le Service de M. CARNOT.

On constate alors l'extériorisation de deux abcès froids costaux et le toucher vaginal révèle l'existence d'une grosse masse dans le cul-de-sac latéral droit. En même temps est apparue une expectoration abondante riche en B. K. Des lésions importantes sont notées sur les clichés pulmonaires. Une colpotomie spontanée donne issue à du pus tuberculeux typique.

Le 15 septembre, la femme meurt de péritonite tuberculeuse.

OBSERVATION X

(Accouchement 796. Année 1935.)

Mme R... Primipare, 41 ans.

Entre à la Maternité le 14 mai.

Le 17, à 19 h. 30 : la malade est admise à la salle de travail.

Les membranes se sont rompues prématurément.

A 21 h. 30 : accouchement normal d'une fille pesant 3.370 grammes.

Le travail a duré 8 h. 30.

A 22 heures, la femme saignant assez abondamment, on pratique la délivrance artificielle.

Le placenta est enchâtonné dans la corne droite, les membranes sont déchiquetées.

Suites de couches.

Le lendemain 18, température à 37°4 le matin, 38° le soir.

Pendant 3 jours, la fièvre se maintient entre 37° et 38°5.

Le 22, la femme est passée à l'isolement pour fièvre et apparition de subictère.

Thérapeutique : Bouillie lactique vaginale, sulfate de cuivre intra-veineux à 2 %.

Le 23 mai, la fièvre est à 38°6 le matin et 40°2 le soir.

L'hémoculture pratiquée à ce moment reste négative.

Un prélèvement intra-utérin révèle la présence de streptocoques.

L'examen clinique montre un utérus un peu gros. aucun signe de localisation périutérine perceptible. Les lochies sont purulentes.

Le 25, à 8 h. 30, la malade se plaint d'une douleur abdominale dans une fosse iliaque et présente un vomissement alimentaire.

A 11 h. 30, la température est de 38°4, le pouls à 114. Le facies est anxieux, la douleur dans la région hypogastrique et dans la fosse iliaque persiste. On porte le diagnostic de péritonite et on intervient : l'abdomen est rempli de pus sous tension et de liquide sanguinolent. L'appendice est turgescent, œdématisé; les mêmes lésions existent sur les anses intestinales voisines.

Derrière l'utérus se trouvent deux kystes intra-li-

gamentaires donnant issue à un liquide noirâtre et épais. Il semble que ce soit le kyste droit qui s'est rompu et suppure. L'ablation des deux kystes est pratiquée, suivie d'un lavage du péritoine au sérum et d'un drainage au Mickulicz.

A ce moment la malade cesse de respirer.

Si nous recherchons la cause exacte de ces décès, nous voyons que dans un cas au moins la délivrance artificielle ne saurait être incriminée.

Pour le premier en effet (obs. IX), on semble s'être orienté à tort devant les oscillations thermiques et l'atteinte de l'état général vers une infection puerpérale. L'accouchement et la délivrance artificielle n'ont été probablement que des facteurs occasionnels, déclenchant une poussée évolutive de tuberculose pulmonaire et péritonéale chez une femme qui avait déjà dans ses antécédents une pleurésie séro-fibrineuse à réaction lymphocytaire prédominante.

Dans le deuxième cas, par contre (obs. X), le rôle de la délivrance artificielle ne semble pouvoir être nié. Elle peut très bien être à l'origine d'une infection utérine, propagée secondairement aux kystes voisins dont la rupture a entraîné une péritonite purulente.

En définitive, nous avons donc un décès directement attribuable à l'intervention sur 127 délivrances artificielles, ce qui donne une mortalité de 0.7 %.

Ces résultats peuvent être rapprochés de ceux antérieurement obtenus, par BROSSER qui relève 2 cas

de mort sur 115 observations; JACOBSON qui ne signale pas de décès sur 90 délivrances artificielles, ROYER qui a trouvé 2 cas de mort pour 99 cas; BEN KRITLY qui a une mortalité globale de 2 %. Enfin LITINSKI qui obtient le chiffre de 1,2 %.

Morbidité

Dans l'étude de la morbidité nous avons observé les mêmes règles que pour les délivrances après intervention.

Nous avons ainsi relevé 13 suites de couches fébriles.

Parmi celles-ci cependant trois peuvent être éliminées d'emblée parce que les accidents observés n'avaient sûrement pas leur origine dans la sphère génitale. Dans un cas en effet, il s'agissait d'une infection colibacillaire avec constipation opiniâtre ; dans les deux autres, les phénomènes fébriles relevaient d'infection mammaire.

Restent donc 10 observations où la délivrance artificielle était manifestement en cause.

Nous croyons intéressant de résumer quelques-unes de ces observations.

OBSERVATION XI

(Accouchement 1146. Année 1932.)

Mme G..., 30 ans.

6° geste, tertipare (3 avortements successifs provoqués à un an d'intervalle).

Après le 2^e accouchement, on avait pratiqué la délivrance artificielle pour hémorragie.

La gestation actuelle a été normale.

La femme entre dans le service le 12 septembre 1932.

Le 11, à 15 heures, s'est produite la rupture spontanée prématurée de la poche des eaux.

Le 12, à 4 h. 45, la femme accouche d'une fille vivante. La durée totale du travail a été de 2 h. 45.

Un quart d'heure après l'expulsion du fœtus survient une hémorragie brusque et abondante nécessitant la délivrance artificielle immédiate, suivie de révision utérine.

On fait 2 cc. sous-cutanés d'une solution d'extrait d'ergot, une ampoule de strychnine de 1 mmgr., 500 cc. de sérum artificiel sous-cutanés.

L'état de la malade s'améliore.

A 7 h. 30, une transfusion sanguine de 250 gr. est pratiquée.

Le soir, la température monte à 38°6; glace et bouillie lactique vaginale sont prescrites.

Du 13 au 21 septembre, la température varie entre 37° et 38°4.

Le 21, c'est-à-dire au 14^e jour, la malade sort sur sa demande.

OBSERVATION XII

(Accouchement 1034. Année 1933).

Mme C..., 24 ans. Primipare.

Entre à la Maternité le 21 octobre.

La rupture des membranes a été spontanée et précoce.

La durée du travail a été de 13 heures.

Une heure et demi après l'expulsion du fœtus, la délivrance artificielle est pratiquée pour non décollement du placenta et hémorragie.

Le périnée présente une déchirure simple que l'on suture immédiatement.

Suites de couches.

Pendant 7 jours la température oscille entre 37,5 et 37,8.

Le 8^e jour, elle atteint 39,8; le pouls est en rapport avec elle.

Le 9^e jour, la fièvre baisse à 37°6.

Le 13^e jour, la femme sort en bon état, apyrétique.

OBSERVATION XIII

(Accouchement 187. Année 1934).

Mme C..., 29 ans. Primipare.

Entre dans le Service le 9 février.

Le 11 à midi, on rompt artificiellement les membranes. Il s'écoule alors un liquide légèrement teinté de méconium.

A 13 h. 45, accouchement normal après un travail qui a duré 40 heures.

Une heure après l'expulsion du fœtus, on pratique la délivrance artificielle pour non décollement du placenta.

Suites de couches.

Les deux premiers jours, l'état de la femme est assez bon; la température n'atteint pas 38°.

Le 3^e jour, elle monte à 38°4.

Le 4^e jour, elle atteint 38°5. Le sulfate de cuivre intraveineux est injecté quotidiennement.

Jusqu'au 7^e jour, la fièvre varie entre 37° et 38°5. Puis elle baisse progressivement et le 13^e jour, la femme quitte l'hôpital, en bon état.

OBSERVATION XIV

(Accouchement 1207; Année 1934.)

Mme A.... 38 ans. Septième geste. Cinquième pare (2 avortements). Est traitée pour spécificité.

La femme est admise à la Maternité le 11 septembre.

A 11 heures du matin se produit la rupture spontanée et prématurée des membranes. L'accouchement se fait normalement à 14 h. 30.

Deux heures après, la femme saigne, on pratique la délivrance artificielle.

Suites de couches.

Le 12, la fièvre s'élève à 38°, on applique la thérapeutique anti-infectieuse habituelle et l'on continue le traitement antisypilitique.

Du 13 au 30 septembre, la fièvre persiste entre 37° et 38°4.

Le 31 au soir, s'inscrit un clocher thermique à 40°, en rapport avec une lymphangite du sein.

Le lendemain, la température tombe à 37°6. Jusqu'au 6 octobre, elle se maintient aux environs de 37°. A cette date, la malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION XV

(Accouchement 73. Année 1935.)

Mme E..., 28 ans. Primipare.

Entre à la Maternité le 12 janvier.

Le travail a débuté le 12, à 7 h. 30.

Le 13, à 8 heures, la rupture artificielle des membranes est pratiquée.

A 14 heures, l'accouchement se fait normalement après un travail qui a duré 31 heures.

Une heure et demie après l'expulsion du fœtus, on pratique la délivrance artificielle pour hémorragie.

Le placenta est très adhérent à la corne gauche et présente quelques dépôts calcaires.

On fait aussitôt une injection sous-cutanée de 500 cc. de sérum physiologique, une injection de 5 centigrammes de caféine et du solucamphre (5 cc.).

Suites de couches.

Le 15, la fièvre est à 38°.

Le 16, à 37°5.

Le 17 se produit un clocher thermique à 39°4. Le sulfate de cuivre intra-veineux est prescrit.

Du 20 au 27, la température varie entre 37° et 38°.

Au 15^e jour, la femme sort sur sa demande. La température est à 37°2.

OBSERVATION XVI

(Accouchement n° 605. Année 1935.)

Mme G..., 40 ans. Dixième pare (9 accouchements normaux de 1920 à 1932). La neuvième grossesse était une gemellaire. La gestation actuelle (10^e) a été normale.

La femme entre dans le service le 12 avril 1935.

Les membranes se sont rompues prématurément le 11 à 23 heures. Il s'écoule un liquide amniotique teinté.

A 21 h. 30 se produit l'accouchement d'une fille vivante. La durée totale du travail a été de 15 h. 45.

Une heure et demie après l'expulsion du fœtus, le placenta n'est pas encore décollé, la femme saigne légèrement. On fait la délivrance artificielle.

Une thérapeutique immédiate est instituée sous forme de 500 cc. de sérum citraté intra-veineux.

500 cc. de sérum physiologique sous-cutané;

une injection sous-cutanée d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse;

une injection de solucamphre (5 cc.).

L'hémorragie cesse alors complètement.

Le 13 avril la température est à 37.

Le 14 se produit une élévation thermique à 38 le matin, à 39 le soir.

Pendant 8 jours la fièvre oscille entre 37,5 et 38°. A partir du 10^e jour l'amélioration est nette.

Le 20^e jour, la femme quitte la Maternité avec un bon état général, une température normale.

OBSERVATION XVII

(Accouchement n° 670. Année 1935.)

Mme T..., 25 ans. Troisième geste. secondipare (un avortement de 3 mois et demi en 1934).

La femme entre dans le service le 24 avril.

La rupture des membranes se fait spontanément et précocement, donnant issue à un liquide légèrement teinté de méconium.

L'accouchement se produit après un travail qui a une durée totale de 3 heures.

Une heure et demi après l'expulsion du fœtus, on fait une délivrance artificielle pour hémorragie et non décollement du placenta.

Les suites de couches sont un peu fébriles. Les 7 premiers jours, la température n'atteint pas 38°.

Le 7^e jour, elle monte à 38°4; on commence alors les injections du sulfate de cuivre intra-veineux.

Le 8^e jour, la température est à 38°1, puis la fièvre baisse progressivement jusqu'au 16^e jour, date à laquelle la femme quitte la Maternité dans un état satisfaisant.

OBSERVATION XVIII

(Accouchement n° 1068. Année 1935.)

Mme L..., 37 ans. Primipare.

Entrée dans le service le 5 juillet 1935; elle a présenté de l'albuminurie au cours de sa grossesse.

L'examen pratiqué le 6, note l'obésité, les œdèmes des membres inférieurs, l'albuminurie à 1 gramme.

La tension artérielle est de 19-10 à l'appareil de Vaquez. Un régime en conséquence est institué.

L'urée sanguine est de 0 gr. 28.

Le 12, rupture précoce et spontanée de la poche des eaux.

Le 13, accouchement normal d'un garçon vivant, présentant une malformation congénitale (absence de l'avant-bras droit).

Le travail a duré 5 h. 40.

Deux heures après l'expulsion du fœtus, le placenta n'est pas encore décollé, la femme saigne (700 gr. de sang ont été recueillis). On fait la délivrance artificielle. La tension artérielle après l'accouchement est tombée à 11,5-6,5.

Suites de couches.

Le 14, la température monte à 39,2. La femme est passée à l'isolement. On commence les injections de sulfate de cuivre intra-veineuses.

Le 15, la malade fait 38°8 le matin, 39° le soir; on prescrit une injection quotidienne intra-musculaire de diformine iodobenzométhylée cristallisée.

Du 15 au 18, la température varie entre 37° et 39°.

Localement, on note un écoulement de lochies férides.

A partir du 6^e jour, la température baisse, suivie d'une amélioration nette de l'état général. La femme quitte le service au 15^e jour, avec une température à 37° et un état général satisfaisant.

OBSERVATION XIX

(Accouchement n° 75. Année 1936).

Mme P..., 21 ans. Primipare.

Est entrée dans le service le 19 janvier.

On note la rupture spontanée, tempestive des membranes.

Le dégagement du fœtus nécessite une épisiotomie unilatérale droite. La femme saigne un peu, puis l'hémorragie s'arrête. On décide d'attendre.

Le travail a eu une durée totale de 10 h. 30.

Une heure et demi après l'expulsion du fœtus le placenta ne s'étant pas décollé la délivrance artificielle est pratiquée.

Suites de couches.

Les deux premiers jours, aucun phénomène anormal, la température reste au-dessous de 38°.

Le 3^e jour, elle monte à 38°4, le pouls étant légèrement dissocié. Sous l'influence de la thérapeutique instituée : bouillie vaginale, glace sur la région hypogastrique, solucamphre, génatropine (10 gouttes par jour) l'amélioration est rapide.

Du 4^e au 7^e jour, la fièvre oscille entre 37,5 et 38,5, le pouls étant un peu plus rapide.

Le 14^e jour, la femme quitte le service dans un état satisfaisant. La température est à 37°2.

Parmi ces observations, nous ne relevons aucun cas d'infection vraiment sérieuse, ayant pu poser la question d'un pronostic vital. En particulier nous n'avons rencontré aucune septicémie puerpérale à grand fracas; aucun cas de phlébite utéro-pelvienne, ni de « phlegmatia alba dolens ». Cette dernière complication serait assez fréquente après la délivrance artificielle.

BROSSET a deux phlegmatia sur 17 suites de couches fébriles;

ROYER en a deux sur 10 suites de couches graves;

BEN KRITLY note 8 phlébites sur 121 cas morbides.

Notre pourcentage de suites de couches pathologiques est donc de 7,8 % dans les cas purs.

VANDIER a une morbidité de 6,6 %.

BROSSET : 14,7 %.

ROYER : 6,6 %.

LITINSKI : 12 %.

LE PRONOSTIC

Notre étude nous conduit à des résultats sensiblement comparables à ceux des travaux antérieurs.

Elle nous donne pour la fréquence de la délivrance artificielle, le chiffre de 2,5 %.

Pour les indications de cette intervention, nous en avons relevé sur 208 :

- 131 pratiquées pour hémorragies, soit 62,98 %;
- 72 pour non décollement du placenta, soit 34,61 %;
- 5 pour vérification de la paroi utérine après intervention, soit 2,40 %.

Le chiffre de la mortalité est de :

0,7 % quand la délivrance est pratiquée après un accouchement spontané.

il est de 1,2 % quand l'accouchement a nécessité une intervention.

Quant à la morbidité, elle est de :

- 7,8 % dans le premier cas;
- 14,8 % dans le deuxième cas.

Nous avons cherché à savoir si le pronostic était différent dans les délivrances artificielles pratiquées après des hémorragies importantes et dans les délivrances pratiquées pour non décollement du placenta.

Nous n'avons pu nous faire une opinion nette là-dessus, bien que nous ayons l'impression de la moindre gravité de la délivrance artificielle faite chez des femmes qui n'ont pas saigné. Ces chiffres nous paraissent intéressants en comparaison de ceux des autres statistiques. En dehors des cas de mortalité, nous n'avons pas observé d'infections graves septicémiques ou pyohémiques, non plus que de phlébites. Nous attribuons ces résultats à l'observation d'une asepsie rigoureuse, à l'utilisation systématique de gants stériles, à l'application systématique de bouillie lactique vaginale, aux transfusions sanguines que nous n'hésitons pas à faire chaque fois que l'état général nous paraît un peu sérieux.

Ce pronostic peut-il être amélioré ? C'est très vraisemblable, étant donné les résultats obtenus dans la prophylaxie de l'infection puerpérale par les méthodes chimiothérapiques modernes.

Depuis un an, nous donnons systématiquement à partir du début du travail ou après la rupture des membranes, du benzyl amino-benzène sulfamide, dérivé incolore de la sulfamide. Sur 35 délivrances artificielles pratiquées depuis lors, nous n'avons observé aucun décès, et aucune infection grave.

L'avenir seul nous dira si ces méthodes sont réellement efficaces.

CONCLUSIONS

I. — La délivrance artificielle est une intervention relativement peu fréquente : 2,5 % des accouchements d'après notre étude.

II. — L'indication majeure est l'hémorragie : 62,98 % des cas.

III. — Pour la mortalité, notre statistique donne le chiffre de 0,7 % dans les délivrances artificielles, pratiquées après un accouchement spontané et le chiffre de 1,2 % dans les délivrances artificielles après intervention.

IV. — Pour la morbidité, nous obtenons : le chiffre de 7,8 % dans les premières et de 14,8 % dans les secondes.

V. — La délivrance artificielle nous apparaît donc comme une intervention délicate présentant toujours une certaine gravité et à ne pratiquer que dans des conditions bien définies.

Néanmoins, la mortalité et les dangers n'en sont

pas tels qu'on doive hésiter à faire une délivrance artificielle. Au contraire, en cas d'hémorragie, nous pensons même que la délivrance artificielle faite précocement peut améliorer le pronostic des suites de couches.

Vu :
LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLÉTY.

TABLE DES MATIERES

Introduction	9
Historique	13
Indications	15
Technique	23
Fréquence et étiologie	27
Mortalité et morbidité	29
Pronostic	57
Conclusions	59



IMPRIMERIE SPECIALE
DE
MM. VIGOT Frères



